



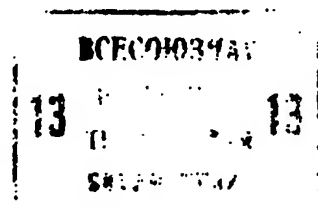
СОЮЗ СОВЕТСКИХ
СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ
РЕСПУБЛИК

(19) SU (11) 1371689 A1

(51)4 A 61 B 17/00

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР
ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ



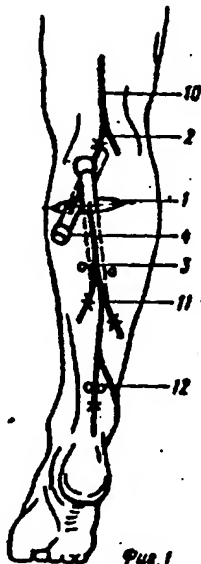
- (21) 4040419/28-14
(22) 20.03.86
(46) 07.02.88. Бюл. № 5
(71) 1-й Московский медицинский институт им. И.М.Сеченова
(72) Г.И.Лукомский, Е.С.Наговицын и Н.П.Балясников
(53) 616.147.3-007.64-089(088.8)
(56) Hauer J. Die endoskopische subfasziale Diszision der Perforansvenen - vorläufige Mitteilung. - Vase Bond 14, 1985, Hefte, s. 59-61.

Тальман И.М. Варикозное расширение вен нижних конечностей. - М., 1961, с. 100-101.

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН

(57) Изобретение относится к сосудистой хирургии. Цель изобретения - снижение травматичности, обеспечение гемостаза и улучшение косметического эффекта. Из поперечного разреза в

средней трети голени обнажают наружный листок собственной фасции, образующий заднюю стенку канала Пирогова 1. Выделяют и пересекают малую подкожную вену 2. Выделяют и коагулируют коммуникантные вены задней группы. Эндоскоп 4 проводят снизу вверх субфасциально. Коагулируют коммуникантные вены в верхней и средней трети голени. Эндоскоп проводят по направлению медиальной лодыжки и коагулируют коммуникантные вены медиальной и передней групп. Центральный конец малой подкожной вены выделяют субфасциально до места впадения в подколенную вену 10, перевязывают и отсекают. Дистальный конец малой подкожной вены выделяют до истока и пересекают. Коагулируют боковые венозные столы 11 и коммуникантные вены 12, отходящие от малой подкожной вены. 2 ил.



(19) SU (11) 1371689 A1

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, и может быть использовано при лечении варикозного расширения вен.

Цель изобретения - снижение травматичности, обеспечение гемостаза и улучшение косметического эффекта за счет выполнения радикального вмешательства с использованием эндоскопа. 10

На фиг. 1 изображен этап оперативного вмешательства на венах задней поверхности голени; на фиг. 2 - подход и манипуляции с помощью тубуса эндоскопа к венам медиальной поверхности голени. 15

Способ осуществляют следующим образом.

Из поперечного разреза кожи и под- 20
кожной клетчатки длиной 5-6 см в средней трети голени по задней поверхности с переходом на медиальную обнажают наружный листок собственной фасции, образующий заднюю стенку канала Пирогова 1. Кожно-клетчаточные лос- 25
куты пальцем отсепааровывают в дистальном и проксимальном направлениях. В продольной оси голени на протяжении 4-5 см вскрывают канал Пирогова, выделяют малую подкожную вену 2, пере- 30
секают. Концы ее лигируют. Производят отделение вены от медиального кожного нерва. Круговыми движениями пальца фасцию голени отделяют от мышц, выделяют, под визуальным конт- 35
ролем коагулируют или перевязывают две-три коммуникантные вены 3, соединяющие малую подкожную вену и ее ветви с венами икроножной мышцы. Таким образом обрабатывают коммуникант- 40
ные вены задней группы. Конечность фиксируют в возвышенном положении и эндоскоп 4 проводят сзади наперед и снизу вверх субфасциально по направлению к бугристости большеберцовой 45
кости. Коагулируют коммуникантные вены Бада 5, расположенные в верхней трети голени, коммуникантные вены средней трети голени 6. Конечность сгибают в коленном суставе и эндоскоп субфасциально проводят по направле- 50
нию медиальной лодыжки. Коммуникантные вены медиальной группы (вены Кокетта) 7 выявляют и коагулируют. Коммуникантные вены передней группы 8, соединяющие боковые ветви большой 55
подкожной вены 9 и передние большеберцовые вены, видны через фасцию. Производят надсечение фасции и коа-

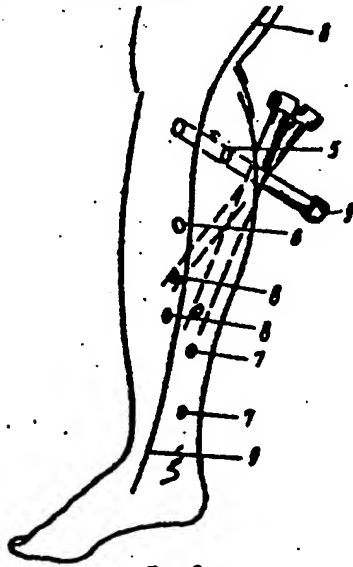
гуляцию вен. Центральный конец малой подкожной вены фиксируют щипцами, проведенными через тубус эндоскопа, выделяют субфасциально до места впа-
дения в подколенную вену 10, перевязывают и отсекают. Дистальный конец малой подкожной вены фиксируют щип-
цами, проведенными через тубус эндоскопа и путем подкожного проведения эндоскопа выделяют до истока (до ла-
теральной лодыжки) и пересекают. Од-
новременно коагулируют боковые ве-
нозные стволы 11 и коммуникантные ве-
ны 12, отходящие от малой подкожной вены.

Пример. Больная Е. поступила в клинику по поводу варикозного рас-
ширения вен правой нижней конечности. При проведении функциональных проб и флебграфии выявлена клапанная несостоятельность коммуникантных вен медиальной и задней групп. Опе-
рирована под наркозом: большая под-
кожная вена удалена от устья до медиальной лодыжки по Троянову-Бэб-
коку-Нарату. Из поперечного разреза в средней трети голени длиной 6 см 20
рассечена кожа, подкожная клетчатка, продольным разрезом вскрыта фасция, выделена, пересечена и перевязана лавсаном малая подкожная вена. Суб-
фасциально под контролем эндоскопа коагулированы три коммуникантные вены задней группы верхней и средней 35
трети голени, коагулированы две коммуникантные вены медиальной группы. Выделена одна коммуникантная вена, идущая от икроножной мышцы к малой подколенной вене, перевязана лавсаном и пересечена. Центральный конец малой подкожной вены удален через эндоскоп субфасциально до подколен-
ной вены с перевязкой центрального конца лавсаном. Дистальный конец ма-
лой подкожной вены эпифасциально тун-
нелированием тубусом эндоскопа вы-
делен и перевязан у латеральной ло-
дыжки. Отсечен. Швы на фасцию и кожу. Послеоперационный период протекал 40
гладко. Швы сняты через 7 дней. Осмотрена через 4 мес. Жалоб больная не предъявляет. Косметический эффект хороший.

По предлагаемой методике опериро-
вано 34 больных с вторичным варико-
зом поверхностных вен на фоне пост-
тромбофлебитического синдрома. У 28
больных отмечались грубые трофические

изменения кожи голени, трофическая язва в стадии ремиссии. У 6 больных эпителизации язвы в процессе предоперационной подготовки добиться не удалось. Эти больные оперированы по мере очищения язв от некротических налетов. Среди 28 больных с трофическими язвами в стадии ремиссии, оперированных по предлагаемой методике, 10 осложнений после эндоскопической обработки коммуникантных вен не наблюдалось. Отмечено гладкое течение послеоперационного периода, быстрое заживление кожных разрезов, больные выписаны из стационара в короткие сроки. У 6 больных с неэпителизовавшимися трофическими язвами перед операцией отмечено появление пышных розовых грануляций на 4-5 сут после операции, заживление язвы наступило в течение трех недель. У двух больных с трофическими язвами 10x10 см² эпителизация наступила в течение 4-5 недель.

Предлагаемый способ позволяет обеспечить радикальность оперативного вмешательства у больных варикозной болезнью и ПТФС, что является очень важным для лечения этой группы больных и профилактики послеоперационного рецидива.



Фиг. 1

Редактор Н. Бобкова

Составитель С. Заринская

Техред М. Моргентал

Корректор И. Муска

Заказ 447/9

Тираж 655

Подписное

ВНИИПИ Государственного комитета СССР
по делам изобретений и открытий
113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., д. 4/5

Производственно-полиграфическое предприятие, г. Ужгород, ул. Проектная, 4

Таким образом, предлагаемый способ лечения варикозного расширения вен отвечает флебологическим требованиям выполнения радикальных операций, решение его оригинально и способ оперативного вмешательства обладает преимуществами по сравнению с известными. Полученные в клинических условиях результаты применения способа операции позволяют рекомендовать его для широкого практического применения.

Ф о р м у л а и з о б р е т е н и я

Способ лечения варикозного расширения вен, включающий окклюзию коммуникантных вен и удаление варикозно измененных поверхностных вен, отличающийся тем, что, с целью снижения травматичности, обеспечения гемостаза и улучшения косметического эффекта, операцию проводят из одного поперечного разреза, доступ к коммуникантным венам осуществляют с помощью эндоскопа, а ствол поверхностной вены вытягивают через просвет эндоскопа, при этом выделяют ее тубусом аппарата и в процессе выделения коагулируют боковые ветви.